

การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของไทย:  
ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม  
Thailand's Access to Healthcare Services:  
The reflection and inequality of Vulnerable Group

วรธา มงคลสืบสกุล

Woratha Mongkhonsuebsakul

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

Faculty of Humanities and Social Sciences, Thaksin University

E-mail: woratha.academic@gmail.com

Received February 8, 2022 & Revise February 10, 2022 & Accepted May 27, 2022

**บทคัดย่อ**

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ 1) นโยบายว่าด้วยเรื่องการให้บริการทางสาธารณสุขของไทย 2) ปัญหาความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของกลุ่มเปราะบาง ผลการศึกษาพบว่า ประเทศไทยได้กำหนดแผนการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจนภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี รวมถึงในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน และแผนงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมามีกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามผลักดันที่จะแก้ปัญหาการให้บริการ การลดขั้นตอน ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน แต่ยังคงพบปัญหาของความเหลื่อมล้ำ หรือความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเปราะบางหลายประการ ได้แก่ ปัญหาความแตกต่างทางด้านสภาพของแต่ละบุคคล (สภาพทางสังคม ทุนทางสังคม และทุนมนุษย์) ปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ ความซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ (บัตรทอง สิทธิข้าราชการ และประกันสังคม) ปัญหาการเลือกสถานพยาบาล ปัญหาเชิงโครงสร้างของการบริหารงานสาธารณสุข การขาดแคลนแพทย์ การส่งต่อผู้ป่วย ปัญหาด้านงบประมาณ การวางแผนกำลังคนทำงานด้านสาธารณสุข กลไกการทำงานที่ยังขาดประสิทธิภาพ รวมถึงการทุจริตการให้บริการ การศึกษาดังกล่าวมีข้อเสนอแนะหลายประการ อาทิ การรวมกองทุนของประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบเข้าด้วยกัน การผลักดันให้เกิดสิทธิประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน การประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการ จัดให้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตามชุมชนหรือพื้นที่ห่างไกลอย่างสม่ำเสมอ การออกแบบหรือการบริหารจัดการกับปัญหาในแต่ละพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และประการสุดท้ายการส่งเสริมด้านเทคโนโลยีเพื่อการเข้ารับบริการของประชาชน

**คำสำคัญ :** กลุ่มเปราะบาง, ความเหลื่อมล้ำ, บริการทางสาธารณสุข

## Abstract

The objectives of this article are to: 1) study Thai public health services policies; 2) find problems with inequality in accessibility to public health services for vulnerable groups. The results revealed that Thailand clearly established the Action Plan on Public Health under the 20-Year National Strategy and current constitution as well as other related action plans. Formerly, the Ministry of Public Health strived to solve the problems of service provision by reducing procedures that hindered accessibility for people. However, there were some problems associated with inequality that occurred with vulnerable groups, including: problems with personal status (social status, social capital, and human capital); systematical problems resulting from overlap of 3 health insurance systems (Universal Health Coverage Scheme, Health Insurance under the Thai Civil Servant Medical Benefit Scheme, and social security); problems with hospital selection; structural problems in management of public health operations; lack of physician referral; problems with budget; public health manpower planning; inefficient operational mechanism; and corruption service providing. There were several suggestions obtained from this study, including the mutual fund of those 3 health insurance systems, driving to equal benefits and rights, integrated coordination and cooperation among related agencies, regular provision of mobile medical units in community areas and rural areas, efficient design or management of problems in each area, and technological promotion for public services.

**Keywords:** vulnerable group, inequality, public health service

## บทนำ

ภาวะการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนพึงปรารถนา ดังคำกล่าวที่ว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” แต่คำกล่าวนี้นี้สำหรับคนบางกลุ่มอาจเป็นเพียงมายาคติ (Mythology) การมีภาวะสุขภาพที่ดีเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง อาทิ สภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง พฤติกรรมการใช้ชีวิต ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ ระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ หรือปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งมนุษย์ทุกคนไม่สามารถเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีได้อย่างเท่าเทียมกัน แม้จะมีหลักประกันด้านสิทธิทางสุขภาพที่เป็นสากล ได้แก่ หลักการในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและกฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบุคคลที่จะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วยโดยเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือก

ปฏิบัติ ตามปณิญาสาเกล้าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ.2491 ข้อ 25 (1) ที่ระบุว่า “คนทุกคนมีสิทธิที่จะมีมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว รวมไปถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพพยาบาล การบริการทางสังคมที่จำเป็น นอกจากนี้ คนทุกคนยังมีสิทธิที่ได้รับ ความมั่นคงแม้ในช่วงว่างงาน เจ็บป่วย พิการ เป็นหม้าย วัยชรา หรือขาดปัจจัยดำรงชีวิตอื่น ๆ ในพฤติการณ์ที่นอกเหนืออำนาจของตน” หลักการดังกล่าวถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อมนุษย์ที่สำคัญทำให้ประเทศต่าง ๆ ได้นำมาปรับใช้เป็นกฎหมายเพื่อเป็นมาตรการดูแลประชาชน

สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข ระบบสาธารณสุขได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการที่ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และได้นำหลักประกันดังกล่าวมารับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 ฉบับปัจจุบันได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพไว้ในมาตรา 47 ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ มาตรา 48 สิทธิของมารดา ในช่วงก่อนและหลังการคลอดย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง มาตรา 71 รัฐพึงส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญของสังคม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง เห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศได้ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องสิทธิทางสุขภาพของประชาชน อีกทั้งยังมีแผนยุทธศาสตร์ชาติที่ครอบคลุมด้านสาธารณสุขเป็นตัวสนับสนุนการดำเนินงาน

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงระบบสาธารณสุขของไทยว่าได้เป็นที่ยอมรับในระดับของโลก เป็นระบบสุขภาพที่ดีอันดับนำในเอเชียและดีเยี่ยมในระดับสากล แต่กลับพบว่าการให้บริการทางสาธารณสุขของไทยยังไม่ครอบคลุมกับทุกกลุ่มคน การเข้าถึงสิทธิทางสาธารณสุขของประชาชนเต็มไปด้วยข้อจำกัดโดยเฉพาะประชากรที่เป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม จนเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และปัญหาดังกล่าวยังคงอยู่ต่อไปหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากประเด็นดังกล่าวผู้เขียนมองว่าเป็นเรื่องที่สังคมควรตระหนัก และให้ความสำคัญ ปัญหาของการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของกลุ่มเปราะบางทางสังคม ซึ่งกลุ่มเปราะบางในที่นี้ผู้เขียนได้มุ่งเน้นไปที่ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคนยากจน เป็นกลุ่มที่มีความอดคัตไม่สามารถที่จะเข้าถึงสินค้าหรือบริการที่เพียงพอต่อความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ 2) กลุ่มคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เป็นกลุ่มที่อยู่ห่างไกลความเจริญ ขาดแคลน ซึ่งขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่ครอบคลุม และ 3) กลุ่มแรงงาน ที่มีรายได้ไม่มั่นคง หาเช้ากินค่ำ วันไหนเจ็บป่วยหรือติดธุระและไม่ได้ทำงาน จะขาดรายได้ไปโดยปริยาย ทั้ง 3 กลุ่มที่กล่าวไปค่อนข้างมีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ผู้เขียนได้รวบรวมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายทางสาธารณสุข และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน

## ระบบสุขภาพของประเทศไทย

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพมาตั้งแต่ พ.ศ.2513 เป็นส่วนสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีการวางรากฐานสำคัญด้านสาธารณสุข ได้แก่ นโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. 2513 นโยบายขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน พ.ศ.2519 ภายหลังรัฐได้ลงทุนโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่อำเภอและตำบล เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2520 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 การดำเนินการดังกล่าว ได้แก่ การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ การดำเนินการนี้ประสบความสำเร็จในปี พ.ศ.2533 และการพัฒนาสถานีอนามัยในช่วง ปี พ.ศ.2535-2544 ทำให้เกิดสถานีอนามัยครบทุกตำบลในช่วงปี พ.ศ.2543-2553 (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2561) นอกจากการเพิ่มความครอบคลุมของสถานบริการทางสุขภาพแล้ว รัฐได้มีนโยบายเพิ่มความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนโดยวิธีการขยายหลักประกันสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาส เริ่มเกิดขึ้นในรูปแบบของการสงเคราะห์แก่คนยากจน ด้วยการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล ในปี พ.ศ.2518 สมัยรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.) ภายหลังมีการขยายความครอบคลุมของ ไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี 2) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิดังกล่าวได้เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการภายหลังมีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2523 จึงเกิดสวัสดิการรักษายาบาลที่ครอบคลุมสำหรับ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และครอบครัว (รวมถึงพ่อแม่ คู่สมรส บุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี) 3) โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โครงการนี้เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2526 โดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นระบบความสมัครใจโดยการจ่ายเงินสทบ 500 บาทต่อครัวเรือน ต่อปี 4) สิทธิประกันสังคมสำหรับลูกจ้างภาคเอกชน ที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2533 ภายใต้อพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 สำหรับลูกจ้างภาคเอกชน สิทธิประกันสังคม ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ 7 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน กองทุนสิทธิประกันสังคมเป็นระบบแรกที่น่าวิธีเหมาจ่ายรายหัวมาใช้ในประเทศไทย และ 5) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2544 เกิดการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีที่มาจากการเกิดหลักประกันสุขภาพแต่ละสิทธิมีสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน อันนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมในการรับบริการรวมทั้งยังมีประชาชนส่วนหนึ่งที่ไม่มหลักประกันสุขภาพ พรรคไทยรักไทยจึงได้เสนอนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคในการหาเสียงของพรรคในสมัยนั้น และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2545 ซึ่งหลักประกันดังกล่าวได้ใช้มาจนถึงปัจจุบันนี้

## นโยบายว่าด้วยเรื่องระบบสาธารณสุขของไทย

กรอบการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน อยู่ภายใต้เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนในเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยเรื่อง สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) ครอบคลุมเรื่องการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วย ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวได้ระบุลงในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) และมีความเชื่อมโยงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในฉบับปัจจุบัน (ฉบับที่ 20) นอกจากนี้แล้วยังเชื่อมโยงกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ประชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขฉบับปัจจุบันประกอบด้วยประเด็นสำคัญทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) ด้านบริการเป็นเลิศ 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

นโยบายที่มีการขับเคลื่อนในช่วงปี 2564 ที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าความพยายามของ นายอนุทิน ชาญวีรกูล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนข้อเสนอในการยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการพัฒนาระบบบริการ การลดขั้นตอน แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ (1) นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองเข้ารับรักษาที่หน่วยปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ที่สะดวก โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 (2) นโยบายที่ให้ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัวเพื่อลดขั้นตอนการเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว (3) โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (4) ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน จากนโยบายดังกล่าวของรัฐบาล และมาตรการการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันทำให้เราได้เห็นทิศทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขว่า รัฐบาลมีความพยายามที่จะแก้ไขและผลักดันระบบสาธารณสุขของไทยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของคนทุกกลุ่มตามที่ได้กล่าวไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งการดำเนินการของรัฐบาลนั้นแสดงให้เห็นถึงแนวคิดของ Alcock และ Baggott เรื่องการจัดสวัสดิการด้านการดูแลสุขภาพที่จัดขึ้นโดยรัฐ ที่แบ่งออกได้เป็น (สุรียานนท์ พลสมิ, 2563, หน้า 83) 1) การให้บริการด้านการรักษา (medical treatment) 2) บริการด้านสาธารณสุข (public health) และ 3) การป้องกันโรคระบาด (prevention) แต่ถึงอย่างไรการดำเนินการดังกล่าวค่อนข้างมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเริ่มตั้งแต่ปัญหาที่เกิดจากปัจเจกบุคคล ปัญหาเชิงระบบ ปัญหาด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร รวมถึงการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นับเป็นความท้าทายของการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้อย่างไม่มีข้อจำกัด

### ปัญหาและความเหลื่อมล้ำของระบบสาธารณสุขไทย

ตั้งแต่ที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2545 ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมาก สัดส่วนระหว่างผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์)

และผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ไม่เพียงพอต่อกัน จึงเกิดความล่าช้า รอควินาน เกิดปัญหาในการส่งตัวต่อเพื่อการรักษา ปัญหาเหล่านี้สร้างความไม่พอใจให้กับผู้รับบริการ นำไปสู่ความขัดแย้งจนถึงขั้นฟ้องเป็นคดีความ ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันทำงานด้วยความยากลำบากเกิดภาวะเครียด เพราะมีความกังวลว่าอาจไม่ปลอดภัยจากการปฏิบัติหน้าที่ การถูกฟ้องร้อง หรือถูกดำเนินคดีจากการทำงาน นอกจากนี้ยังเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคมที่ได้รับผลกระทบเป็นกลุ่มแรก ปัญหาทั้งหมดเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้านที่มีความเชื่อมโยงกัน โดยปัญหาทั้งหมดผู้เขียนได้แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

### ปัญหาทางด้านการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขส่วนบุคคล

ปัญหาขั้นแรกสุดของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่สำคัญคือ ปัญหาส่วนบุคคล ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น (โครงการพัฒนาเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการสังคมและสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม, 2564, หน้า 51) 1) สถานภาพทางสังคม (social status) เช่น เพศ ภาษา เชื้อชาติ ถิ่นกำเนิด วัฒนธรรม ยกตัวอย่าง คนไข้ที่สื่อสารคนละภาษา หรือมีมุมมองด้านวัฒนธรรมที่แตกต่างกับเจ้าหน้าที่ อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข 2) ทุนทางสังคม (social capital) ซึ่งเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลและเครือข่ายทางสังคม กล่าวคือ ถ้ามีครอบครัว เพื่อนหรือคนในชุมชนที่คอยดูแล ให้คำแนะนำก็จะมีโอกาสเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้มากขึ้น และ 3) ทุนมนุษย์ (human capital) เช่น การศึกษา อาชีพ ยกตัวอย่างการศึกษาที่สูงกว่าจะมีโอกาสที่จะเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขได้ดีกว่า นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุปราณี สิทธิกันต์ และดารุณี จงอุดมการณ์ (2563) พบว่า ปัญหาอีกปัจจัยหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยมีความอดทนต่อการเจ็บป่วยของตนเองที่เกิดขึ้น เพราะมีความเกรงใจที่จะต้องไปรับบริการหากไม่มีอาการที่หนักมาก พฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นความรู้สึกด้อยค่า ส่งผลให้ขาดโอกาสในการแสวงหาและเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ปัจจัยที่กล่าวไปข้างต้นนั้นส่งผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มคนเปราะบางทางสังคมที่เป็นกลุ่มคนจน คนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และกลุ่มแรงงาน เลือกที่จะไม่เข้าถึงบริการเพื่อรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น

จากปัจจัยดังกล่าว ผู้เขียนขอยกตัวอย่างในช่วงของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) จะพบว่ามีคนสอดคล้องกับความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยเฉพาะการเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มคนเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มคนจนที่อาจไม่ได้ทำงานเป็นหลักเป็นแหล่ง กลุ่มคนที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เป็นต้น การที่กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับวัคซีนแล้ว แต่ก็ไม่อาจมั่นใจได้เลยว่าพวกเขาจะได้รับวัคซีนเข็มต่อ ๆ ไป เพราะต้องรอครบกำหนดฉีดเป็นเวลานาน ในขณะที่รอวัคซีนคนกลุ่มนี้อาจย้ายถิ่นฐาน หรือย้ายพื้นที่ทำงานได้ นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่เกิดการวิพากษ์ในสังคมถึงเรื่องการกระจายวัคซีน ทั้งที่เป็นเรื่องที่ประเทศไทยได้กำหนดไว้ในเป้าหมายของยุทธศาสตร์อย่างชัดเจน แต่การกระทำกลับสวนทางกัน เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในเรื่องการจัดสรรวัคซีน เช่น มีการจัดสรรวัคซีนให้กลุ่ม VIP หรือกลุ่มคนที่รู้จักมีความสัมพันธ์กับผู้จัดให้มีการฉีดวัคซีน โดยใช้ความสัมพันธ์หรือความรู้จักกันเป็นเครื่องมือเพื่อผลประโยชน์ในการเข้าถึงวัคซีน (ฐานเศรษฐกิจ, 2564) นอกจากนี้ผู้เขียนมอง



ว่ากลุ่มเปราะบางบางคนมีข้อจำกัดในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการจัดสรรวัคซีน เนื่องจากคนกลุ่มนี้ไม่ได้เข้ามาอยู่ในโลกของสังคมออนไลน์ ทำให้ไม่ได้รับข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มเปราะบางได้รับวัคซีนอย่างล่าช้ากว่ากลุ่มอื่น

### ปัญหาเชิงระบบ

**ความซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพ** ประเทศไทยมีรูปแบบการจัดระบบประกันสุขภาพที่เป็นหลักอยู่ 3 ระบบ คือ 1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม และ 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้ง 3 ระบบต่างมีการบริหารจัดการและหน่วยงานที่รับผิดชอบแตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรงบประมาณ เงินสนับสนุนจากทางภาครัฐ สิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน เงื่อนไขการให้บริการ ในส่วนของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะเป็นการจ่ายเงินตามรายบริการหรือเป็นแบบปลายเปิด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) จะได้รับงบประมาณโดยเฉลี่ย 15,000 บาทต่อหัวจากจำนวนข้าราชการทั้งหมดประมาณ 5 ล้านคน ส่วนของประกันสังคม จะได้รับงบประมาณเฉลี่ย 3,959 บาทต่อหัว จากจำนวนผู้ใช้สิทธิประมาณ 14 ล้านคน และหลักประกันสุขภาพจะใช้วิธีการจ่ายรายหัวหรือแบบปลายปิด ได้รับงบประมาณเฉลี่ย 3,959 บาทต่อหัว จากผู้ใช้สิทธิประมาณ 48 ล้านคน ด้วยความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกันของทั้ง 3 ระบบนั้น จะเกิดปัญหาในตอนที่ต้องมาใช้บริการจากสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน แต่พบเงื่อนไขการใช้สิทธิตามแต่ละหลักประกันจนนำไปสู่การได้รับบริการที่ต่างกัน (เครือข่ายรัฐสวัสดิการเพื่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม, 2565) อาทิ สิทธิของข้าราชการมีความครอบคลุมทั้งครอบครัวสามารถเข้าโรงพยาบาลที่ไหนก็ได้ไม่จำกัดวงเงิน และในส่วนของข้าราชการที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับยานอกบัญชีหลัก ยาที่มีราคาแพงหรือยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ การได้รับสิทธิที่เหนือกว่า เช่น การคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง แต่สำหรับสิทธิประกันสังคมและสิทธิบัตรทอง สามารถรักษาได้ตามโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ภายในวงเงิน จึงเป็นสาเหตุที่สำคัญในการสร้างความเหลื่อมล้ำที่สิทธิการรักษาอื่นไม่เท่าเทียมกับสิทธิของข้าราชการ ทั้งนี้ยังไม่รวมสิทธิรักษาของสิทธิอื่น ๆ ที่มีสิทธิประโยชน์และวิธีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันออกไป ผู้เขียนมีความเห็นว่าเมื่อใดก็ตามที่กองทุนมีการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน โอกาสที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเท่าเทียมกันก็เป็นไปได้ยาก

**ปัญหาการเลือกสถานพยาบาล** เหตุผลในการเลือกสถานพยาบาลของประชาชน ส่วนใหญ่จะเลือกจากประสบการณ์การรักษาของตนเอง และได้รับฟังจากประสบการณ์ของผู้อื่น ในขณะที่ประชาชนอาจรู้สึกเชื่อมั่นในบางสถานบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่ข้อเท็จจริงของระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบนั้นไม่ได้ออกแบบให้เราสามารถเลือกสถานบริการได้เสมอไป โดยทันตแพทย์ธนศักดิ์ คุ้มบรรณ ที่ศึกษาด้าน Health Policy ที่ University of Edinburgh กล่าวถึงประเด็นสิทธิข้าราชการที่สามารถเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐที่ไหนก็ได้ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่จะเลือกโรงพยาบาลเอกชน เพราะว่าในความเข้าใจของคนไข้จะมองว่าถ้าไป

โรงพยาบาลเอกชนจะได้รับการบริการที่ดีกว่า คุณภาพการรักษาดีกว่า แต่ถ้าเป็นการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ใช้บริการจะมุ่งไปที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเป็นอันดับแรก ดังนั้นจึงเกิดปัญหาของการเลือกสถานบริการที่บางคนอาจเลือกสถานบริการที่ตนเองต้องการใช้สิทธิได้หรือไม่ได้ตามที่ต้องการ จึงเกิดความเหลื่อมล้ำขึ้นในการเลือกใช้สิทธิรักษาพยาบาลของทั้ง 3 ระบบที่กล่าวไปข้างต้น (โครงการพัฒนาเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการสังคมและสุขภาพ เพื่อความเป็นธรรมทางสังคม, 2564)

### ปัญหาเชิงโครงสร้าง

โครงสร้างของการบริหารงานสาธารณสุขของไทย ในปัจจุบันประกอบด้วยโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางที่ขึ้นตรงกับกรมการแพทย์จำนวน 18 แห่ง โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 34 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 26 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 87 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 778 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,769 แห่ง (กองบริหารการสุขภาพ, 2563) นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ เช่น กระทรวงกลาโหมที่เป็นองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพของกำลังพลทหารในการปฏิบัติการกิจเพื่อความมั่นคงของประเทศ จำนวน 37 แห่ง กระทรวงศึกษาธิการหรือที่เรารู้จักกันดีในนามของโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย และโรงเรียนของคณะแพทยศาสตร์ของสถาบันการศึกษาต่าง ๆ เป็นโรงพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์ปัจจุบันมีจำนวน 12 แห่ง และกระทรวงมหาดไทยซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์ปัจจุบันมีทั้งหมด 9 แห่ง นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลเอกชนอีกประมาณ 347 แห่ง จากข้อมูลของจำนวนสถานให้บริการทางสุขภาพที่มีอยู่นับว่ามีจำนวนไม่น้อย แต่เมื่อเรามองย้อนมาดูปัญหาของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนแล้ว เป็นสิ่งที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายเท่าที่ควร ประเทศไทยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ แม้ว่าผู้ใช้สิทธิไม่ใช่คนที่มีฐานะทางการเงินที่ดี แต่ในแง่ของประสิทธิผลที่เกิดขึ้นอาจเป็นสิ่งที่หลายคนตั้งคำถาม การกระจายตัวของหน่วยงานที่ให้บริการทางสุขภาพ ยังไม่มีความครอบคลุมทำให้ประชาชนประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการ หรือบางพื้นที่มีสถานบริการทางสุขภาพแต่พบว่าไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมทุกด้านได้ กล่าวคือผู้ให้บริการมีจำนวนเท่าเดิมแต่จำนวนคนใช้บริการมากขึ้นจนล้นระบบ จากการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการให้บริการที่มีต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

**ปัญหาการกระจายประชากรทางการแพทย์** ระบบสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้เผชิญปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนมายาวนาน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐานของประชาชน และส่งผลต่อศักยภาพของโรงพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ที่ลดลงอีกทั้งยังส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นตามมา คือ การเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร โดยสามารถจำแนกปัญหาที่ทำให้เกิดปัจจัยดังกล่าวได้ดังนี้ (วรสิทธิ์ เจริญศิลป์ และชัยกิจ อุดมแน่น, 2563) 1) ปัญหาสมองไหล และการกระจายตัวของแพทย์ในชนบท 2) ความไม่มีประสิทธิภาพของการรักษาแพทย์ให้อยู่ในพื้นที่ชนบท และ 3) ความร่วมมือในการผลิตแพทย์ชนบทมีความเป็นทางการมาก และอิงกับสายบังคับ



ปัญหามากเกินไป นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นประกอบด้วยโรงพยาบาลบางแห่งที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เช่น ในชนบทที่มีปัญหาเรื่องระยะทาง สิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ที่ไปปฏิบัติงานจะเป็นช่วงเวลาที่ไม่นาน บางรายไปเพื่อใช้ทุน เมื่อครบตามเงื่อนไขแล้วจึงขอย้ายออกจากพื้นที่เพื่อไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ที่ต้องการ หรือเป็นพื้นที่ที่สามารถสร้างโอกาสทางความก้าวหน้าของตนเองได้ ปัญหาดังกล่าวนี้นักเขียนมองว่าที่จริงแล้วประเทศไทยไม่ได้ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ แต่จะเป็นปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ต่าง ๆ จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2560 พบว่าสัดส่วนของประชากรแพทย์ที่มีต่อประชากร ในภาพรวมของประเทศเท่ากับ 1 ต่อ 1,843 คน แต่ในความเป็นจริงแล้ว จำนวนแพทย์ต่อประชากรไม่ได้กระจายอย่างเท่ากันทุกพื้นที่ ทำให้ในบางจังหวัดมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ย 2-3 เท่า จังหวัดที่มีแพทย์กระจุกตัวมากที่สุด คือ กรุงเทพฯ ที่มีจำนวนแพทย์:ประชากร อยู่ที่ 1 ต่อ 630 คน ในขณะที่จังหวัดบึงกาฬ มีจำนวนแพทย์:ประชากรอยู่ที่ 1 ต่อ 5,021 คน จังหวัดหนองบัวลำภู มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรอยู่ที่ 1 ต่อ 4,864 คน และจังหวัดนครพนม มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรอยู่ที่ 1 ต่อ 4,804 คน

**ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย** จากการศึกษาของ วรรณภา กริทอง (2558) พบว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ การใช้บริการของผู้ป่วยที่ข้ามขั้นตอนไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อที่กำหนดไว้ ทั้งนี้มาจากความไม่มั่นใจในการให้บริการและคุณภาพของหน่วยบริการนั้น ๆ รวมถึงการที่มีขั้นตอนส่งต่อที่ซับซ้อน มีความล่าช้า หรือการประเมินความรุนแรงอาการเจ็บป่วยของแต่ละคน นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการสื่อสารและการบริการที่ไม่เอื้อต่อการส่งต่อของผู้ป่วย จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางด้านการบริหารและระบบหลักประกันสุขภาพที่สืบเนื่องมาทำให้เกิดความไม่ชัดเจน การดูแลรักษาพยาบาลเครือข่ายสุขภาพไม่เชื่อมโยงกัน ปัญหารถฉุกเฉินที่จะให้บริการไม่พร้อม บุคลากรที่รับผิดชอบเฉพาะด้านไม่พร้อม หรือขาดบุคลากรในการจัดระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันบางประเด็นมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดสูง จึงเกิดการร้องเรียนถึงชั้นฟ้องร้องกัน (ชาญวิทย์ ทรัพย์เทพ และคณะ, 2549) ปัญหาที่เกิดขึ้นนักเขียนเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมองสถานบริการทางการแพทย์ขนาดเล็กกว่าศักยภาพไม่ต่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่รักษาได้เพียงแคโรคทั่วไป คอยจ่ายยาโรคเรื้อรัง ส่วนกรณีอื่นนั้นแทบจะเกิดขึ้นไม่ได้เลย จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยจะไปกระจุกตัวอยู่ตามโรงพยาบาลในเมืองหรือโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่

และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผู้เขียนขอยกตัวอย่างกรณีที่เกิดขึ้น เช่น กรณีของบุคลากรทางการแพทย์หลายคนที่ต้องเผชิญกับภาวะกดดัน ในช่วงที่มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิดจำนวนมากต้องเข้ามารักษา และทางโรงพยาบาลไม่มีเตียงเพียงพอที่จะรองรับคนไข้ทั้งหมด จนบางครั้งได้นำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับญาติของผู้ป่วย ทางสาธารณสุขจึงได้จัดระบบดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้านและชุมชนขึ้น (Home Isolation/Community Isolation) เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงมาก และเป็นการเพิ่มอัตรการว่างของเตียงในโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก แต่ถึงอย่างไรการดำเนินการดังกล่าวพบว่ามียุโรปสรรคหลายประการ อาทิ การทับซ้อนกันของหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอกับ

ปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และในด้านของผู้ป่วยเองบางรายไม่สามารถที่จะเข้าถึงเทคโนโลยี DMS Telemedicine หรือเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่ต้องสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

**ปัญหาด้านงบประมาณ** ปัญหาอีกประการที่ควรต้องกล่าวถึงคือปัญหาเรื่องงบประมาณของโรงพยาบาลที่มีรายได้หลักมาจาก 1) สปสช. 2) ประกันสังคม 3) สวัสดิการข้าราชการ 4) กองทุนผู้ประสพภัยจากรถ และ 5) จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง แต่จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลบางแห่งมักประสบปัญหาทางด้านงบประมาณที่เป็นปัจจัยสำคัญของการบริหารงานทางสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐมักประสบปัญหานี้สินจำนวนมาก งบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ประสบปัญหาทางการเงินขาดทุนโดยมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ เงินเหมาจ่ายรายหัว ไม่ใช่เงินค่ารักษาพยาบาลอย่างเดียว แต่มีเงินเดือนบุคลากรของข้าราชการรวมถึงลูกจ้างจากการบริหารจัดการ เช่น ในโรงพยาบาลรัฐอยู่ด้วยส่งผลให้เงินที่จัดสรรให้ ย่อมไม่เต็มตามตัวเลขจำนวนประชากร นอกจากนี้ยังมีรายจ่ายจากการจ้างบุคลากรเพิ่มเติม เนื่องจากข้าราชการและลูกจ้างจากเงินงบประมาณไม่เพียงพอ โดยใช้เงินรายรับจากเงินบำรุงโรงพยาบาลมาจ่าย นอกจากนี้เงินบำรุงยังนำมาจ่ายเป็นค่าตอบแทน ค่าเวร รวมถึงค่ายา เป็นต้น (ประจักษ์วิธ เลื่อนาค, 2558)

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2560 ได้เปิดเผยตัวเลขทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดรัฐ พบว่าเงินบำรุงของหรือส่วนที่เป็นเงินรายได้ของโรงพยาบาล จากการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐจำนวน 558 แห่ง มียอดติดลบทั้งหมดรวม 12,701 ล้านบาท โดยสามารถจัดลำดับได้ดังนี้ 1) โรงพยาบาลชุมชน 494 แห่ง ติดลบมากที่สุดเป็นจำนวน 8,885 ล้านบาท 2) โรงพยาบาลทั่วไป 52 แห่ง ติดลบจำนวน 2,890 ล้านบาท และ 3) โรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง ติดลบ 926 ล้านบาท นอกจากนี้ยังมีในส่วนของเงินหมุนเวียนที่ติดลบยอดรวมทั้งหมด 1,862 ล้านบาท แบ่งออกเป็น 1) โรงพยาบาลชุมชน 1,640 ล้านบาท 2) โรงพยาบาลทั่วไป 206 ล้านบาท และ 3) โรงพยาบาลศูนย์ 16 ล้านบาท และข้อมูลของการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ 382 แห่ง ขาดทุนรวมทั้งหมด 3,160 ล้านบาท

**การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย** ผศ.ดร.นพ.บรรคม ลีระพันธ์ คณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กล่าวว่าปัจจุบันการวางแผนของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการจัดการระบบสุขภาพของภาครัฐไม่ได้มีการวางแผนร่วมกัน เช่น แพทย์สภาวางแผนจำนวนแพทย์ สภากาชาดวางแผนจำนวนพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขวางแผนเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัด โดยไม่ได้ร่วมกันวางแผนในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นต้น ซึ่งยังไม่รวมถึงหน่วยงานของภาคเอกชนทั้งที่จริงแล้ว การทำงานแต่ละฝ่ายต้องมีความเชื่อมโยงกันอยู่เสมอ (ชลธร วงศ์รัศมี, 2561)

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ มีทั้งหมด 36,710 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) เมื่อเทียบกับสัดส่วนของจำนวนประชากรทั้งหมด 66.5 ล้านคน ดังนั้นสัดส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรในภาพรวมจะอยู่ที่ 1 ต่อ 1,811 คน แต่ในความเป็นจริงสัดส่วน

สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนไม่ได้กระจายอย่างเท่าเทียมกันในแต่ละพื้นที่ โดยพบว่าสัดส่วนของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์กระจุกตัวในพื้นที่กรุงเทพฯ ฯ และโรงพยาบาลในตัวเมืองเป็นหลัก ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการผลิตบุคลากรเข้าสู่ระบบอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นและยังไม่สามารถแก้ได้คือภาวะสมองไหลและการกระจุกตัวของบุคลากร

**กลไกนโยบายและการบริหารที่ยังขาดประสิทธิภาพ** ปัญหาเรื่องของบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำให้การบริหารงานขาดประสิทธิภาพ คือ ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย 50 ฉบับที่อยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ของตนอย่างเข้มแข็ง ประกอบกับภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งการมีบทบาทหลายอย่างนั้นทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง อีกทั้งยังขาดการตรวจสอบถ่วงดุลการทำงาน ประกอบกับปัจจุบันได้เกิดองค์กรอิสระขึ้นหลายองค์กร ได้แก่ สสส. สปสช. สช. สวรส. สพฉ. และ สรพ. ที่ต่างก็มีกฎหมายจัดตั้งเป็นการเฉพาะ แต่ละองค์กรมีศักยภาพในระดับสูง มีผลงานเป็นที่ยอมรับ แต่ในอีกด้านหนึ่งด้วยความเป็นเอกเทศของแต่ละองค์กร ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถควบคุมให้เกิดความเป็นเอกภาพได้ (สถาบันพระปกเกล้า, 2562, หน้า 84)

### ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงแก้ไข

จากสภาพปัญหาที่กล่าวไปข้างต้นนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิต หากปัญหาเหล่านี้ยังไม่ถูกจัดไปหรือทำให้ทุเลาลงได้ ความเหลื่อมล้ำก็ยังคงมีต่อไปและไม่ใช่ว่าเพียงเรื่องของการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขเท่านั้น แต่หมายถึงความรวมถึงความเหลื่อมล้ำในทุก ๆ ด้านที่จะตามมา ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวทาง/ข้อเสนอแนะ ซึ่งจะประโยชน์ต่อการปรับปรุงระบบสาธารณสุขของไทยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ดังนี้

1. พัฒนาระบบสวัสดิการสุขภาพเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบบเดียว ที่มีความครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มให้มีสิทธิเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและมีคุณภาพ (เครือข่ายรัฐสวัสดิการเพื่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม, 2565) โดยพื้นฐานของประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ผู้เขียนมองว่าไม่ว่าจะเป็นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ต่างก็มีเป้าหมายแบบเดียวกัน คือ การให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การเจ็บป่วยจนเข้ารับการรักษาและหายจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นการยกระดับของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ผู้ให้บริการและคนเข้ารับบริการไม่ต้องกังวลเรื่องการถามสิทธิ ทุกคนจะได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

#### 2. ด้านการประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

2.1 การกำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพราะการดำเนินการในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่สอดคล้อง ไม่สนับสนุนการทำงานของกันและกัน และยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขไทย

2.2 ระบบข้อมูลประชาชน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุข ควรบูรณาการข้อมูลของประชาชนให้สามารถใช้ร่วมกันได้เพื่อแก้ปัญหาความซ้ำซ้อนของข้อมูล ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ให้อยู่ในฐานข้อมูลชุดเดียว เพื่อความสะดวกต่อการบริหารจัดการทางงบประมาณ

2.3 การบริหารจัดการกำลังคนของบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันวางแผนถึงกำลังคนที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในระยะยาวอย่างบูรณาการ และกำหนดสัดส่วนบุคลากรในภาพรวมของประเทศที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นภายในอนาคตอันใกล้ หากทุกภาคส่วนไม่ตระหนักในประเด็นดังกล่าวในอนาคตเราอาจประสบปัญหาทางด้านการขาดแคลนบุคลากร

2.4 การประสานความร่วมมือในการทำงาน หน่วยงานต่าง ๆ ควรมีการประสานงานร่วมกันและทำงานกันเป็นเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เริ่มตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงระดับศูนย์กลาง โดยใช้โครงสร้างของระบบสาธารณสุขของไทยที่มีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ของประเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อลดภาระการทำงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง และลดการกระจุกตัวของการเข้ารับบริการโดยเฉพาะจากสถานพยาบาลขนาดใหญ่

2.5 ในการออกแบบนโยบาย ควรใช้โครงสร้างของระบบสาธารณสุขของไทยที่มีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ของประเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงระดับศูนย์กลาง โดยเพื่อเพิ่มศักยภาพการทำงานในพื้นที่ และลดการกระจุกตัวของการเข้ารับบริการโดยเฉพาะสถานพยาบาลขนาดใหญ่ โดยในประเด็นนี้ แพทย์หญิงหทัยรัตน์ โกษิยาภรณ์ ได้มีข้อเสนอแนะในเรื่องของการบริหารจัดการว่า จะต้องมองการรักษาควบคู่กับการบริการ เช่น ให้ความสำคัญว่าคนไข้จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลทุกรายหรือไม่ อาจให้บริการในรูปแบบอื่น ๆ การส่งยาไปที่บ้าน หรือติดตามอาการผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นเครือข่ายทางสาธารณสุข จะทำให้ศักยภาพ หรือบทบาทของสาธารณสุขชุมชนดีขึ้น (โครงการพัฒนาเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการสังคมและสุขภาพะ เพื่อความเป็นธรรมทางสังคม, 2564)

3. จัดให้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่กระจายไปยังสถานบริการสุขภาพระดับชุมชนต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเปราะบางมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาเรื่องข้อจำกัดในการเดินทางเพื่อไปรักษาของประชาชน อีกทั้งยังเป็นการยกระดับการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล

4. การออกแบบด้านบริการหรือการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลแต่ละแห่ง หรือแต่ละพื้นที่มักประสบปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งจากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโรงพยาบาลอาจใช้วิธีการบริหารจัดการปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อประสิทธิภาพในการให้บริการ

5. รัฐควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี Teleconference เพื่อเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชน ทั้งในเรื่องของการรับคำแนะนำ คำปรึกษา จากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสามารถวินิจฉัยอาการได้เบื้องต้น และให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีของปัจจุบัน

### บทสรุป

ประเทศไทยได้กำหนดแผนการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจนภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี รวมถึงในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 และแผนงานทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมามกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามผลักดันที่จะแก้ปัญหาการให้บริการ การลดขั้นตอน ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ได้แก่ (1) นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองเข้ารับรักษาที่หน่วยปฐมภูมิที่ไหนก็ได้โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 (2) นโยบายที่ให้ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับส่งตัวเพื่อลดขั้นตอนการเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว (3) โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (4) ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน แต่ยังคงพบปัญหาของความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเปราะบางหลายประการ ได้แก่ ปัญหาความแตกต่างทางด้านสถานภาพของแต่ละบุคคล (สถานภาพทางสังคม ทุนทางสังคม และทุนมนุษย์) ปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ ความซับซ้อนของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ (บัตรทอง สิทธิข้าราชการ และประกันสังคม) ปัญหาการเลือกสถานพยาบาล ปัญหาเชิงโครงสร้างของการบริหารงานสาธารณสุข ปัญหาการกระจายประชากรแพทย์ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย ปัญหางบประมาณ ปัญหาการวางแผนกำลังคนที่ทำงานด้านสาธารณสุข กลไกการทำงานที่ยังขาดประสิทธิภาพ ซึ่งผู้เขียนได้มีข้อเสนอแนะหลายประการ อาทิ การพัฒนาระบบสวัสดิการสุขภาพเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบบเดียว การผลักดันให้เกิดสิทธิประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน การประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการ จัดให้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตามชุมชนหรือพื้นที่ห่างไกลอย่างสม่ำเสมอ การออกแบบหรือการบริหารจัดการกับปัญหาในแต่ละพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และประการสุดท้ายการส่งเสริมด้านเทคโนโลยีเพื่อการเข้ารับบริการของประชาชน

ท้ายที่สุดนี้หากข้อเสนอเหล่านี้มีการนำมาปรับใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ปัญหาเรื่องของความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในสังคมจะถูกพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น คนเปราะบางจะเข้าถึงการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้เขียนขอยกคำพูดของ นายแพทย์วรวิทย์ ตันติวัฒนทรัพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ที่ได้กล่าวไว้ว่า “เมื่อใดก็ตามที่สังคมยังนำเรื่องเงินและกฎหมายมาอยู่เหนือเรื่องของมนุษยธรรมเมื่อนั้นเราไม่อาจสามารถเรียกว่าระบบสาธารณสุขที่สมบูรณ์แบบได้” (เครือข่ายรัฐสวัสดิการเพื่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม, 2565) ผู้เขียนเห็นว่าหากเราต้องการให้มีระบบสาธารณสุขที่สมบูรณ์ต้องทลายกำแพงตรงนี้ไปได้ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขได้อย่างไม่มีข้อจำกัด

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *การจัดบริการ HOME ISOLATION*. สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2565 จาก <https://shorturl.asia/a2YfW>
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2561). *การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย : รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2564 จาก [https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983\\_Thai.pdf](https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf)
- กองบริหารการสุขภาพ. (2563). *จำนวนหน่วยงานบริการสุขภาพ ในสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2563*. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2564 จาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564 จาก <https://shorturl.asia/JFxmK>
- เครือข่ายรัฐสวัสดิการเพื่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม. (2565). *หลักประกันสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2565 จาก <https://shorturl.asia/UldLE>
- โครงการพัฒนาเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสวัสดิการสังคมและสุขภาพะ เพื่อความเป็นธรรมทางสังคม. (2564). *ข้อเสนอแนะนโยบายการเข้าถึงสวัสดิการสังคมและสุขภาพะ*. เวทีวิชาการ การนำเสนองานวิจัยและบทความ “จินตนาการสู่สังคมไทยเสมอหน้า”. วันที่ 3-4 เมษายน 2564 ณ โรงแรม TK Palace.
- ชลธร วงศ์รัศมี. (2561). *ลดคนล้นโรงพยาบาล ด้วยความคิดเชิงระบบ กับ บวรศม ลีระพันธ์*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564 จาก [https://www.the101.world/system\\_thinking\\_health/](https://www.the101.world/system_thinking_health/)
- ชาญวิทย์ ทระเทพ และคณะ. (2549). *สถานการณ์การจัดบริการสาธารณสุขโครงสร้างรูปแบบและปัจจัยมีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ไชเบอร์รี่.
- ฐานเศรษฐกิจ. (2564). *วัคซีนโควิด-19 สะท้อนความเหลื่อมล้ำในไทย*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <https://www.thansettakij.com/general-news/491226>
- ประจักษ์วิช เล็บนาค. (2558). *ต้นตอโรงพยาบาลขาดทุน ความลับที่ซุกอยู่ใต้พรม*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2564 จาก <https://www.hfocus.org/content/2015/02/9259>
- วรสิทธิ์ เจริญศิลป์ และชัยกิจ อุดมแน่น. (2563). *ความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบทของประเทศไทย*. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 23(1): 145-156.
- วรรณภา กรีทอง. (2558). *การพัฒนาระบบการบริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์การศึกษาหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.



สถาบันพระปกเกล้า. (2562). *ก้าวข้ามความเหลื่อมล้ำ : ความท้าทายของสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ ฯ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *ก้าวแรกของการสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย*.

สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2564 จาก <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section1/detail2.asp>

สุรียานนท์ พลสีม. (2563). *แนวคิดและทฤษฎีการศึกษานโยบายทางสังคม*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุปราณี สิทธิกันต์ และดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). *อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง*. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 43(1): 19-29.